Des réalisations pilotes pour la vieillesse

Nous sommes heureux de présenter dans ce numéro spécial les réalisations faites en faveur de la vieillesse par une équipe dynamique qu'anime et que conseille sur le plan médical notre collègue le Professeur agrégé Hugonot, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Grenoble.

Je peux à ce document ajouter un témoignage personnel. Il y a moins de deux ans, j'étais invité à Grenoble par mes collègues de la Faculté, en même temps que le Docteur Charbonneau. Au moment où cette équipe allait commencer son action. A cette époque n'existait encore rien ou plutôt n'existait que l'essentiel, c'est-à-dire des personnes telles que les auteurs des articles suivants, conviés par Monsieur Dubedout, maire nouvellement élu de Grenoble, à associer leurs efforts à ceux d'un grand nombre de personnalités de la ville, du département et des services sociaux de la ville de Grenoble, tous bien décidés à faire quelque chose et à travailler ensemble.

Z
1844

Nos lecteurs pourront voir ce qui a été réalisé en deux ans et dans quel esprit cela a été fait ; il s'agit, maintenant, plus que d'une expérience, il s'agit de réalisations et souvent de réalisations pilotes. Beaucoup de problèmes ont été résolus, beaucoup de sujets âgés ou en passe de le devenir ont été aidés, pris en charge, soignés ou réintégrés dans une vie normale ; un mouvement d'idées, d'enseignement et de recherche est né autour de ces réalisations.

Je suis très frappé, pour avoir connu tout cela avant sa naissance, par l'organisation et la transformation d'un hospice traditionnel en un service de gériatrie, intégré à toute une organisation extra-hospitalière. J'ai dû écrire, autrefois, que je me méfiais des services de gériatrie, comme d'ailleurs des services de chroniques, car il me semblait qu'il n'était pas logique de spécialiser un service sauf pour apporter à ceux qui y étaient reçus des possibilités techniques plus adaptées que celles qu'ils pouvaient trouver dans des services normaux.

Il est évident qu'un tel argument théorique ne s'applique pas à la transformation d'un ensemble conçu pour le seul hébergement en un centre comportant toute la gamme des soins, depuis les soins intensifs jusqu'à la rééducation que nécessitent les malades de longue durée. Il me semble, au contraire, qu'une telle organisation est la base même du service hospitalier de demain et que chaque service devrait posséder dans une unité structurée de quoi répondre à la chronicité puisque tous nos malades actuels sont des chroniques qui posent à un certain moment des problèmes dramatiques et urgents de détresse aiguë.

Le service de gériatrie ainsi conçu devient le bon service de médecine générale, mais nous parions que dans moins d'un demi siècle il n'y aura besoin de services de médecine interne que pour des malades âgés et par conséquent il n'y a pas à distinguer l'équipement des uns de l'équipement des autres. Ces services ne rempliront leurs fonctions que s'ils sont aussi des services de médecine préventive et s'ils sont largement articulés avec la médecine de ville qui suivra leurs malades pendant la plus grande partie de leur vie.

Cet ensemble paraît dans « Réalités - Médecine » qui est un journal médical, mais nos lecteurs verront bien que l'aspect médical n'est pas le seul à y avoir été traité. Ce que je pourrais en retenir, pour ma part, c'est la grande sagesse qu'il y a à avoir compris que les sujets âgés posaient un problème unique et qu'il était artificiel de vouloir à priori distinguer clientèle des services sociaux et clientèle de la médecine, valides et non valides, besoins d'hébergement et besoins de soins et imprudent de séparer services et établissements qui s'occupent des problèmes psychologiques et sociaux de la vieillesse de ceux qui s'occupent de leurs besoins médicaux.

H. PÉQUIGNOT.

RvZ
2032

Introduction

Dr. R. J. VAN ZONNEVELD
Laan van Oud Poelgeest 4
2341 NJ OEGSTGEEST

par Hubert DUBEDOUT

Maire de Grenoble

Président de la Commission Administrative du C.H.U. de Grenoble

Organisation gérontologique d'une agglomération de 350.000 habitants Grenoble

Nederlands Instituut
voor Gerontologie
Informatie-& documentatiecentrum
Kaap Hoorndreef 72
3563 AW Utrecht
Z 1844

Dans un village à l'abandon, seuls demeurent les vieux, dont les silhouettes cheminent dans les rues désolées. Les quartiers neufs d'une ville en expansion voient un peuple d'enfants turbulents déborder les squares trop petits, bouillonner, piailler dans les cours d'école.

On est tenté d opposer ces deux images de vieillesse et d'enfance. De lire dans l'une la menace de la mort, dans l'autre la promesse de la vie.

Résistons à la tentation. Un quartier réservé aux jeunes, où ils se trouvent sevrés du commerce des adultes, un bloc d'H.L.M. où les grands parents ne viennent pas enrichir et détendre le face à face des jeunes parents et des enfants, sont aussi malsains qu'un village de vieux.

Chaque âge a besoin des autres.

Quand une cité moderne cache ses vieux et leurs misères, les disperse dans l'anonymat des grands ensembles ou les entasse dans le sans-espoir des hospices, ce n'est pas aux vieux seuls qu'elle fait tort, les privant de l'appui des hommes mûrs, de l'élan des jeunes, du rire et de la confiance des enfants.

Elle se fait tort à elle-même en se privant d'une des obligations morales de la vie, l'hommage de l'élève au maître, le respect du cadet pour l'aîné, l'aide du valide à l'invalide, et en privant ses enfants de cette image.

La collectivité ne doit pas se contenter d'assurer aux vieillards malades ou démunis le secours nécessaire à leur survie. Pour leur bien, comme pour le sien, elle doit garantir, maintenir, ou restituer à toutes les personnes âgées, avec les moyens d une existence décente et si possible autonome, la faculté de participer à la vie sociale en citoyens responsables et par là-même respectables.

Au moment où nous avons reçu de la population de Grenoble la charge de la Municipalité, des caisses de retraite, des œuvres privées, divers services municipaux et départementaux, menaient déjà, en plusieurs secteurs de l'agglomération et sur divers aspects des problèmes du troisième âge, avec compétence et dévouement, une action efficace. Vigoureuse par endroits, cette action demeurait inévitablement dispersée, discontinue et lacunaire.

Avec Madame Belot, Adjointe aux Affaires Sociales et le Docteur Hollard, Conseiller Municipal, nous avons invité toutes les œuvres, toutes les personnes, tous les services intéressés à un titre quelconque aux problèmes des personnes âgées, à se rassembler sans souci de préséance et de vaine gloire pour confronter leur connaissance des besoins et leurs méthodes de travail. De cette confrontation, conçue et animée par des universitaires grenoblois venus à la gérontologie d'horizons différents, naquit un groupe d'étude permanent (1), *puis bientôt un centre de coordination et d'action* (2), *puis les diverses entreprises dont on lira plus loin la description.*

Un même souci anime ces organismes : restaurer dans sa dignité la personne âgée. C'est une des chances de Grenoble que des mouvements et des hommes si divers par leur origine, leurs convictions, leurs méthodes, mais porteurs de ce même souci, aient accepté sans perdre leur originalité d'unir leurs efforts dans une même perspective. Ensemble, et pour les raisons que nous avons dites, en travaillant à resserrer les liens du dernier âge aux autres âges de la vie, ils accomplissent plus qu'une œuvre de charité, plus qu'une action sociale : un service civique.

(1) La Commission d'Etude des Problèmes des Personnes Agées, qui, outre des entretiens mensuels, s'est plusieurs fois réunie pour des journées d'études complètes, dont l'une des plus marquantes fut animée par MM. le Professeur Péquignot et le Docteur Charbonneau.

(2) L'O.G.P.A. dont on lira ci-après l'analyse.

(*Photo Viollet*)

Présentation des auteurs

Mme Denise BELOT
Adjointe au Maire de Grenoble,
Vice-Présidente du Bureau d'Aide Sociale,
Administrateur du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble.

Robert HUGONOT
Maître de Conférences Agrégé à la Faculté de Médecine,
Médecin des Hôpitaux,
Chef du Service de Médecine Générale Gériatrique du C.H.U. de Grenoble,
Directeur du Laboratoire de Recherches Médico-Sociales,
Administrateur du B.A.S.

Michel PHILIBERT
Professeur de Philosophie, vient d'achever un livre sur les « Echelles d'Age » et en prépare un autre sur « l'Essor de la Gérontologie Sociale aux Etats-Unis ».

Photographies : Service d'Audiophotologie de la Faculté de Médecine de Grenoble.

L'Office grenoblois des personnes âgées

par Denise BELOT et Robert HUGONOT

Les groupes d'étude, qui, à l'appel de la Municipalité, ont vu le jour il y a trois ans, ont donné à tous le temps de la réflexion.

Les participants à leurs travaux subirent quelques fluctuations ; certains partirent, d'autres arrivèrent, et constituent maintenant une équipe d'une soixantaine de personnes, attirant encore à elle des techniciens et des convaincus, désireux de faire œuvre éducative et constructive.

Deux organismes, de structure différente mais aux liens étroits, assurent l'homogénéité de cette conception.

Les « groupes d'étude » constituent l'organisme de pensée et de perfectionnement. Ils s'appuient sur la documentation gérontologique du Laboratoire de Recherches Médico-Sociales et des rapports d'études seront le témoignage de leurs activités.

Cinq groupes spécialisés se réunissent mensuellement à des jours distincts pour que les travaux de chacun d'entre eux puissent être suivis par toutes les personnes qui le désirent.

Le Groupe n° 1, « Hébergement des personnes âgées en collectivité », réunit plus particulièrement urbanistes, architectes, promoteurs, fabricants de meubles, spécialistes des problèmes financiers de la construction ; il étudie les différentes formes de logement collectif, recherche les erreurs commises, les réalisations souhaitables et les moyens de les développer.

Le Groupe n° 2, « Vie des personnes âgées en collectivité », réunit des directeurs et directrices d'hospices, foyers-logements, maisons de retraite, qui étudient en commun les problèmes de gestion, d'alimentation, de soins, d'animation.

Le Groupe n° 3, « Vie des personnes âgées dans les quartiers », réunit les représentants des services de soins et d'aide à domicile, ceux des restaurants et des clubs de retraités avec les représentants de la Municipalité chargés des questions sociales en vue d'étudier l'état actuel des besoins et les possibilités de les résoudre. Le développement des Centres de Jour, du service des repas à domicile, des services de blanchisserie et de dépannage sont en particulier à l'étude.

Le Groupe n° 4, « Culture et Loisirs », réunit des spécialistes de l'animation (Peuple et Culture, Maison de la Culture), des ergothérapeutes, des psychologues, des représentants des associations artistiques ou sportives. Certains de ses membres étudient la coordination de ces activités, tandis que d'autres, pour stimuler leur développement, ont dû se diversifier en nombreux sous-groupes en fonction des spécialités de chacun :

— groupe sportif (gymnastique, promenade, marche)
— groupe artistique (musique, peinture, photographie)
— groupe scientifique (entomologie, botanique, archéologie)
— groupe artisanal (poterie, tissage, vannerie, etc...).

Le *Groupe n° 5,* « Vie des Clubs », réunit les clubs de retraités de l'agglomération. Ses membres participent aux travaux des groupes « Vie des Personnes Agées dans les Quartiers » et « Culture et Loisirs » et font ainsi entendre la voix des utilisateurs.

L'Office Grenoblois des Personnes Agées est l'organisme de coordination, de renseignements et d'assistance technique. Il fonctionne à la fois comme un SVP-Personnes Agées et comme un centre d'orientation et de répartition.

Il se compose de trois sections, chacune dirigée par une responsable plein temps :

1) *La section médico-sociale,* la plus ancienne, est en liaison étroite avec les services de soins et d'aide à domicile des secteurs urbains et suburbains ; elle oriente vers les établissements sanitaires et les centres de consultations, elle peut également servir de lien à la sortie de l'hôpital entre les personnes âgées et les centres de secteur.

2) *La section administrative et juridique* renseigne sur les problèmes de logement (loyer, réparations, droits des propriétaires et des locataires), les problèmes de succession, d'imposition (exonération de taxes), les problèmes financiers de la retraite. Elle oriente également chacun vers les services administratifs et sociaux les plus proches de son domicile.

3) *La section culture et loisirs,* la plus récente, s'efforce à la fois de préciser le cadre de l'animation culturelle, de recruter les animateurs bénévoles ou non qui proviennent souvent du groupe d'étude n° 4 cité précédemment et de répartir cette animation entre les résidences et clubs de l'agglomération, projetant d'ailleurs de déborder prochainement ses limites géographiques.

Chaque année le Guide « Grenoble au service des personnes agées » est l'émanation de cette activité et réunit dans ses diverses rubriques médico-sociale, gastronomique, culturelle, etc... les renseignements précis dont peuvent avoir besoin tant les services sociaux que les personnes âgées isolées.

Une permanence téléphonique et un bureau d'accueil se tiennent à la disposition de chacun dans le même but et au cours de la première année de fonctionnement plus de 2 500 demandes ont été enregistrées et satisfaites, tandis que beaucoup d'autres étaient seulement dirigées vers les permanences de secteur. Depuis le 1er décembre 1967, chaque semaine la

voie des ondes lui est ouverte sur Radio-Grenoble sous le titre de « La minute d'information du troisième âge ».

La création d'un organisme du type de l'Office Grenoblois des Personnes Agées est le préalable indispensable à toute action sociale homogène ; il est devenu le moteur principal du développement harmonieux de l'organisation gérontologique de l'agglomération.

Le village retraite de Serres.

Le vieillard dans la cité

par R. HUGONOT

Toute organisation hospitalière ou para-hospitalière (services de gériatrie, de chroniques, de rééducation, etc...) voit ses efforts rapidement réduits à peu de chose si les malades qu'elle admet ne peuvent en sortir qu'avec des difficultés extrêmes. A quoi sert en effet de multiplier de patients efforts de rééducation cérébrale et motrice si celui qui vient d'être « dégrabatisé » doit passer alors dans un secteur d'hébergement qui ne lui offre plus que la solitude et l'ennui et par conséquent le retour rapide à l'état antérieur.

Si nous voulons que notre action hospitalière débouche sur une véritable guérison au sens social du terme, c'est-à-dire sur une réinsertion dans un milieu familial ou dans une collectivité pour personnes âgées de type moderne, il convient que le « gériatre » ne se contente pas de vivre dans sa tour d'ivoire hospitalière mais qu'il se projette dans la cité pour organiser avec elle et en elle les mille liens qui permettront à la personne âgée de

se sentir guidée, entourée, encadrée avant qu'elle puisse reprendre elle-même en main sa propre destinée.

Pour que se développe une gérontologie citadine, il faut certes prévoir certains investissements dans des formules immobilières type logement-foyer ou maison de retraite, dont nous avons déjà quelques prototypes qu'il faudra bien multiplier, mais la plus belle « résidence » ou la maison de retraite la plus moderne, la plus « fonctionnelle », ne seront elles-mêmes que des organismes sans vie s'ils sont isolés dans le quartier, si leurs habitants sont séparés du vieillard citadin libre et des autres tranches d'âge, et si pour eux l'hôpital devient une aventure dont l'issue est redoutable.

Quand on désire combler un retard il faut aller de l'avant. Le « système du rattrapage » indispensable au progrès militaire ou économique l'est aussi au progrès social. Lorsque les crédits financiers sont parcimonieusement dispensés et que ce rattrapage ne peut se situer au stade des investissements immobiliers il peut l'être alors beaucoup plus facilement à celui de la logistique : il ne suffit que de réfléchir, que de s'unir puis d'agir en commun.

I. — Les conditions préalables.

En matière de gérontologie citadine, plusieurs conditions doivent avant tout être réalisées : la sectorisation, le dépistage, la continuité, la participation active des retraités et enfin le mélange des âges.

1°) *La sectorisation* de l'agglomératoin grenobloise a pu être heureusement uniformisée. Depuis plusieurs années, les Allocations Familiales, la Sécurité Sociale, l'Aide Sociale, l'Aide à Domicile avaient découpé la ville en un certain nombre de secteurs de surface géographique différente pour chacun... l'accord de tous a abouti au découpage de la ville en sept secteurs identiques, sous-sectorisés à leur tour, permettant ainsi une décentralisation homogène suivie d'une reconcentration localisée.

2°) *Le dépistage.* Lors d'une des premières réunions de la Commission d'Etude des Problèmes des Personnes Agées une des questions posées fut celle du dépistage du vieillard isolé... et discret, dont la détresse peut rester longtemps ignorée.

Cela revenait à demander la création d'un fichier urbain commun permettant de connaître les détresses réelles, et ainsi d'éviter que plusieurs organismes s'intéressent à Monsieur X alors que Monsieur Y est inconnu de tous.

La mise en commun des fiches dont chacun disposait a alors été proposée, mais certains estimaient que ces fiches étaient en quelque sorte leur propriété et couvertes par le secret professionnel tandis que d'autres envisageaient de solliciter la collaboration des employés des P.T.T. ou de l'E.D.F... aucune de ces solutions ne paraissait devoir combler les lacunes supposées et pouvoir être réalisée sans d'énormes difficultés. L'Office Grenoblois des Personnes Agées ne pouvait non plus envisager sans un personnel nombreux de prendre en charge une telle tâche.

Une bien meilleure initiative va apporter une solution élégante et précise à ce problème. Le recensement INSEE prochain donne en effet l'espoir d'obtenir enfin l'instrument de travail souhaité. Un accord entre l'Agence d'Urbanisme de la ville et l'Université (Sciences Humaines et Mathématiques Appliquées) permettra de mettre immédiatement en mémoire les résultats de ce recensement complété par quelques enquêtes complémentaires, puis de tenir régulièrement à jour le fichier logement-population ainsi constitué, en fonction

des migrations, des mutations, de la mobilité externe et interne (fonction des groupes d'âge) de la population. Ainsi chaque secteur ou sous-secteur pourra adresser auprès de la personne isolée ainsi dépistée des visiteurs, voire des psychologues, chargés de s'assurer de ses besoins matériels et moraux et de préparer sa réinsertion sociale.

3°) *La continuité.*

Toute transplantation, imposée et non préparée, d'une personne âgée est nocive, souvent mortelle, comme cela a été maintes fois souligné et comme nous pouvons journellement le constater.

En fait plus qu'un changement de cadre, elle représente un changement d'entourage et de rythme de vie. Or ces derniers éléments peuvent être heureusement influencés dès que l'on en a pris conscience et dès qu'il est possible d'assurer une continuité dans l'action quels que soient les lieux d'application : domicile, collectivité ou hôpital.

L'hôpital ne représente qu'un incident, qu'un passage dès lors que l'équipe qui a remis la personne âgée sur sa route reste en liaison avec celle qui la rejoint à son domicile et qui de ce fait prolonge l'action hospitalière.

Des liens doivent être créés, qui ne forment plus qu'une chaîne continue :

— liens entre l'hospitalisation et les soins à domicile,

— liens entre l'ergothérapie et l'animation dans les foyers et les résidences,

— liens entre la kinésithérapie et les groupes de marche ou d'activités physiques,

— liens entre les visiteurs hospitaliers et les visiteurs à domicile.

Ces liens sont créés par des rencontres fréquentes des groupes attachés à chaque Centre et par leur interpénétration, leur mobilité, leur permettant de rester attachés beaucoup moins à un organisme ou à une œuvre privée qu'à une personne. Ainsi les responsables d'un secteur suivent la personne âgée dans ses déplacements, ses vicissitudes, créant ainsi une jonction indispensable entre tous, et recréant celle qu'une famille assure habituellement entre médecin hospitalier et médecin traitant.

4°) *La participation active des retraités.*

Un exemple nous vient d'Israël : lorsqu'une personne âgée d'un kibboutz doit partir à l'hôpital, un membre de la Communauté (et pas obligatoirement de la famille) l'accompagne et son travail consiste alors à effectuer auprès d'elle les tâches habituellement dévolues à un agent des services hospitaliers... si une réalisation semblable ne peut être effectuée dans notre société, il en reste l'esprit...

D'où l'importance de structures administratives privées basées sur des « associations loi 1901 » qui permettent, à côté des apports bénévoles, d'offrir à des retraités des postes salariés dans le cadre de l'organisation que nous avons déjà esquissée et dont nous allons parfaire plus loin la description.

5°) *Le mélange des âges.*

Retraite pour beaucoup signifie paix, silence, éloignement du monde, mais cette forme de retraite qu'observe celui qu'anime un puissant courant intérieur, ne convient pas au commun des hommes, et loin du cercle où il a jusqu'alors vécu, l'homme goûte sans doute le calme et le repos, mais ne supporte guère l'ennui et la solitude.

Les formules que certains ont imaginées et développées sous forme de résidence en pleine campagne, confinant en vase clos des hommes qui vieillissent ensemble, sont à l'opposé de tout ce que nous savons sur les facteurs de prévention de la sénilité.

Une collectivité de personnes âgées n'est tolérable que dans un cadre de

vie qui n'éloigne pas l'homme de la structure de la société où il a toujours vécu, sa ville ou son village, et où le contact avec les autres tranches d'âge de la population reste encore possible.

Le mélange des âges est une nécessité absolue, il peut être épisodique ou périodique, mais il s'impose comme un élément de vie ; les groupes de retraités au sein des Maisons de Jeunes, l'accueil des jeunes dans les résidences de personnes âgées en sont quelques aspects qu'il est aisé de multiplier et que nous allons survoler maintenant au stade des structures.

II. — Les structures.

Pour beaucoup, l'étude des problèmes de la personne âgée dans la ville se réduit à celle du vieillard à domicile, mettant à part le vieillard en collectivité et le vieillard à l'hôpital.

C'est là, pensons-nous, une attitude qui nous éloigne de la réalité et un obstacle à la compréhension exacte des problèmes posés.

Comme les problèmes psychologiques de l'enfant ne peuvent être résolus si l'on envisage séparément celui-ci dans les milieux familial, scolaire, hospitalier, qui peuvent successivement être les siens, ainsi ceux du vieillard subiraient et subissent le même sort. Certains experts l'ont parfois affirmé : la personne âgée doit être maintenue à son domicile le plus longtemps possible et la solution collective ne survenir qu'après épuisement de toutes les autres solutions ; nous ne pouvons plus y souscrire sans réserves.

Le maintien au domicile a des limites qui sont représentées par l'état de vétusté et d'inconfort du logement, ainsi que par la charge des « services » dès lors que l'autonomie se réduit à l'excès. La transplantation « en catastrophe » et par obligation, ne représente qu'un pis-aller auquel seul nous contraint l'insuffisance de notre équipement... et nous souhaitons qu'un jour chaque retraité puisse, dans les années qui précèdent sa sortie du monde actif, trouver le lieu alliant confort, calme et proximité de « services » organisés, où puisse se dérouler la troisième phase de son existence... à moins que le logement individuel atteigne pour tous un point de confort tel et les services de quartier un tel degré de développement que ces deux solutions puissent ainsi s'offrir au choix de chacun. Dans cette attente, qui n'est pas utopique dans un délai raisonnable, il faut nous adapter à ce qui est.

1°) *La personne âgée à domicile.*

a) *Le veillard isolé et valide* a à sa disposition :

1. — *Des foyers-restaurants* au nombre de sept actuellement dans la ville, plus un certain nombre d'autres dans les autres communes de l'agglomération, où il peut prendre à midi un repas équilibré et parfois diététique, dont le prix, selon les ressources, varie de 0,50 F à 3 F.

Il peut ensuite passer une partie de son après-midi dans le restaurant devenu foyer ou club de retraités jusqu'au thé, servi vers le milieu de l'après-midi, et participer à des activités diverses, ludiques ou artisanales.

2. — *Des clubs de retraités* au nombre de onze fin 1967, gérés par des retraités eux-mêmes, animés grâce aux idées et efforts de chacun avec le concours de la section « culture-loisirs » de l'Office Grenoblois des Personnes Agées et couplés ou non avec les restaurants précédents.

Les clubs et les foyers servent de lieu de rassemblement pour des occupations intérieures ou extérieures (artisanat, conférences, théâtre, promenades, etc...).

b) *Le vieillard isolé et invalide reçoit à domicile :*

1. — *Des visites,* soit à la demande des services d'hospitalisation ou de soins, soit après dépistage (prochainement « électronique »), soit à la demande des clubs et foyers ; elles sont effectuées par des visiteurs attachés à chaque sous-secteur social urbain, qui ont reçu ou recevront une formation adaptée aux problèmes de la vieillesse en liaison avec les psychologues-animatrices des centres de jour.

2. — *Des soins à domicile* dépendant d'organismes privés ou municipaux également sectorisés, parfois dans le cadre d'une formule d'hospitalisation à domicile dépendant du Centre Hospitalier Universitaire.

3. — *Une aide ménagère* organisée par une association regroupant l'ensemble de l'agglomération et disposant d'environ 250 aides ménagères ou travailleuses familiales.

4. — *Des services divers* qui sont en développement ou en préparation : lavage-repassage des draps, repas à domicile (déjà servis à une quarantaine de personnes par deux foyers restaurants, et devant être prochainement généralisés), dépannages courants (électricité, plomberie, etc...) à partir des clubs de retraités.

c) *Le vieillard vivant en famille* ne pose que peu de problèmes tant qu'il reste valide, mais dès qu'un handicap physique ou psychique apparaît, le « Centre de Jour » est une formule susceptible de retarder une transplantation hospitalière, ou de lui succéder.

Le vieillard isolé et invalide présente des problèmes difficiles à résoudre de suveillance nocturne, dont le départ en hospice est souvent l'unique solution.

Le vieillard invalide dans son contexte familial pose des problèmes équivalents, mais diurnes, car c'est alors que, ses enfants dispersés vers leur lieu de travail et ses petits enfants à l'école, on peut craindre un incident, et que cette crainte se concrétise souvent aussi par un placement en hospice.

Ce handicap étant essentiellement variable, le « Centre de Jour » peut résoudre ce problème à condition d'être polyvalent, et que son implantation soit très proche des foyers-restaurants ou des clubs de retraités du secteur.

Dans notre formule trois sections le composent :

— la section « convalescents et invalides », section d'infirmerie, disposant de quelques lits où les soins prescrits par le médecin traitant sont exécutés.

— la section « moyens valides » disposant de fauteuils de relaxation où des soins peuvent être également dispensés.

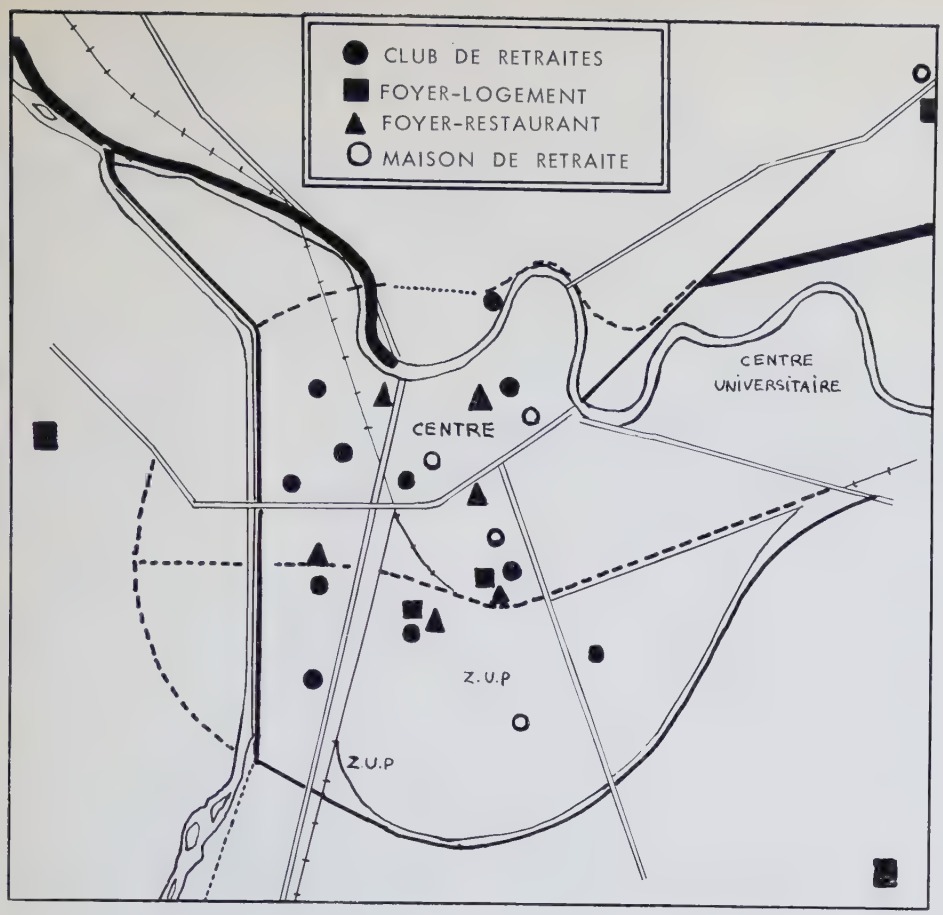
— la section « valides » enfin, étroitement associée à un club de retraités. Petit déjeuner, déjeuner, et collation de l'après-midi y sont servis. Une infirmière-gérante, retraitée, en assure la direction, une psychologue l'animation avec le concours de visiteurs spécialisés. Les médecins praticiens traitants y ont accès pour visiter leurs malades.

Les transports sont assurés par la famille ou par les véhicules de l'O.G.P.A. ou du B.A.S.

2°) *La personne âgée en collectivité.*

Quand des personnes âgées sont regroupées dans une maison de retraite, un logement-foyer, un village-retraite, une unité-retraite et à plus forte raison dans un hospice, on parle volontiers de ségrégation, voire de ghetto.

Et pourtant l'effort d'humanisation tenté aujourd'hui dans ces collectivités est réel. Mais comment humaniser celles du temps jadis ou de construction récente qui, sous l'impulsion de ceux qui ne connaissent de retraite que campagnarde loin des villes et perdue dans la nature, placent les personnes âgées loin de la vie des autres, des leurs, et des autres tranches d'âge ?



Cet éloignement nous paraît l'erreur primordiale ; il garde un semblant de vacances perpétuelles pendant les premières années, mais bientôt la vie étroite qu'il induit engendre l'ennui, la solitude et la sénilisation.

Bien au contraire quel que soit le cadre et quel que soit l'architecte, la collectivité qui est située près du groupe reste susceptible d'améliorations constantes et d'un véritable renouveau.

Faut-il alors laisser les autres à leur splendide ou terrible isolement ? Nous envisagerons plus loin les solutions possibles à ce problème.

Ici, dans la cité, la collectivité n'est pas isolée. Les maisons de retraite, les logements-foyers et les hospices de l'agglomération dont la carte ci-dessus vous montre la répartition sont intimement reliés par le canal de la section culture-loisirs de l'O.G.P.A., par celui des foyers et des clubs de retraités à la vie urbaine. Chacun restant proche de sa famille, de son quartier, des commerces et des spectacles, proche des groupements divers, n'est alors qu'un citoyen parmi les autres.

Les soins médicaux sont assurés sur place par les infirmières de l'établissement, les Instituts d'esthétique et d'ergothérapie y pous-ent leurs pseudopodes, les repas sont assurés dans le restaurant ou la salle à manger, ils sont servis à leur lit ou dans leur chambre à ceux qui le désirent, et les visites assurent la liaison avec l'extérieur.

Si la maladie nécessite l'entrée à l'hôpital, le retour, quand il sera médicalement possible, est assuré grâce au service de soins de la résidence ou à l'hospitalisation à domicile qui ne fait pas de distinction entre logement individuel ou collectif. Certes un jour viendra où l'hôpital sera peut-être la dernière étape, mais ce jour sera plus tard.

3°) *La personne âgée à l'hôpital.*

Au début de ce paragraphe, nous sommes parfaitement conscient d'aborder un rivage sensible.

Le vieillard doit-il être hospitalisé dès son entrée à l'hôpital dans un service spécialisé de gériatrie ou suivre le sort commun ? De même que l'enfant rentre désormais en pédiatrie, le vieillard devrait rentrer en gériatrie, et ce service devrait être alors doté d'un service de soins intensifs et de médecine aiguë, en plus d'un secteur de chroniques et d'hospice dont il dispose déjà le plus souvent. Demain sans doute on adjoindra au service de gériatrie un secteur de psychogériatrie, puis un service de chirurgie gériatrique, puis des spécialités diverses... pour constituer un hôpital gériatrique.

Nous donnerons ici notre pensée sans détour, car l'organisation hospitalière que nous avons mise sur pied en découle.

Est-on gériatre parce que l'on soigne des vieillards ? S'il en est ainsi, tous les internistes sont gériatres, il n'est pour s'en convaincre que de considérer les consultations des généralistes ou les services hospitaliers où les personnes âgées sont les plus nombreuses.

Mais si l'on considère que le gériatre doit appréhender dans le vieillard non seulement son être malade, mais aussi son être social, il faut bien admettre que le médecin doit alors connaître de tous les problèmes psychologiques, économiques, matériels, sociaux et culturels qui se posent aussi.

Ce médecin ne peut se contenter d'étudier les problèmes hospitaliers, ceux du monde âgé rural ou citadin ne peuvent lui être étrangers. Il doit être à la fois hospitalier et extra-hospitalier, il doit être d'abord gérontologue.

Un malade âgé doit, nous semble-t-il, bénéficier des installations d'un centre hospitalier, de toutes ses installations y compris les plus perfectionnées, au même titre que les autres, mais pour une courte durée.

Si au-delà d'un temps raisonnable il n'a pas regagné son domicile, c'est parfois du fait de la persistance d'une affection chronique, réclamant rééducation et réadaptation, c'est plus souvent encore du fait de conditions sociales défavorables. Dans les deux cas il est devenu un malade médico-social et c'est alors que le service de gériatrie s'ouvre à lui. Les services d'aigus où il s'est précédemment trouvé ont obtenu, de même que chez tous, enfants, adolescents et adultes, la guérison clinique de ce malade. Mais sa véritable guérison, au sens social du terme, débouchant sur une véritable réinsertion dans la vie extérieure, seul le gériatre peut l'obtenir parce qu'il est avant tout gérontologue.

Un homme seul ne peut être gériatre, il l'est grâce à l'équipe qui l'entoure. Si cette équipe comporte, comme dans tout service hospitalier, médecins, assistants, internes, et personnel soignant, son caractère gériatrique vient de son renforcement par des assistantes sociales, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, esthéticiennes, pédicures, et animateurs dont l'objectif principal, dès le premier jour de l'entrée du malade, est d'améliorer les conditions de sa sortie.

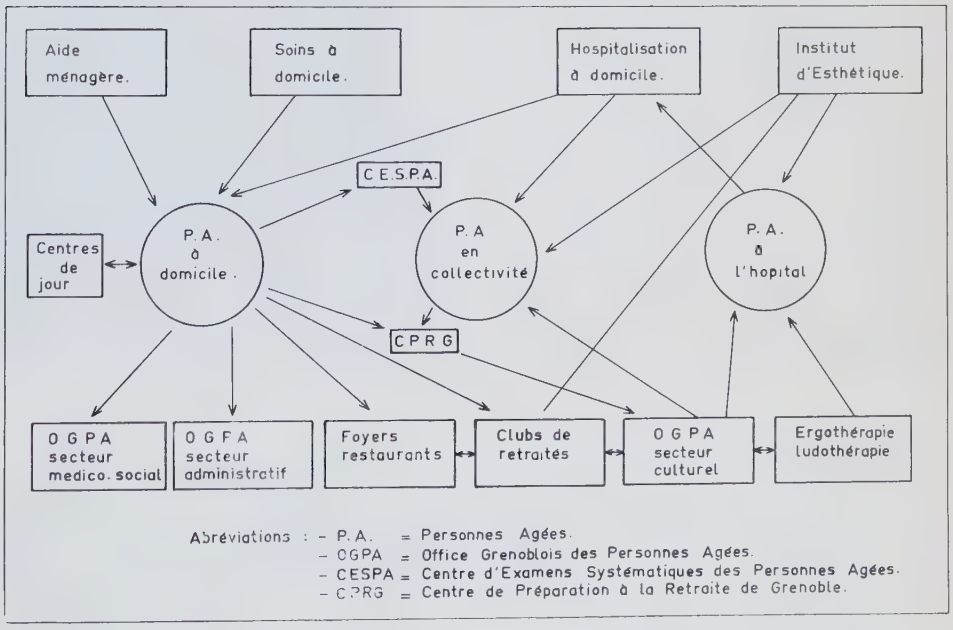
Dans cet objectif, le service social hospitalier est en lien permanent avec l'O.G.P.A., service central de coordination ; c'est lui qui alerte les responsables de secteur, qui préparent la demeure de celui qui doit rejoindre son domicile, organisent le comité d'accueil, prévoyant l'action à domicile et la réintégration dans la vie du quartier.

Dans cet objectif aussi les kinésithérapeutes qui sont passés de la mobilisation passive à la mobilisation active puis aux séances de gymnastique collective poursuivent leur action au domicile, prolongeant ainsi l'action de l'entourage hospitalier et favorisant le passage éventuel vers le groupe des promeneurs et marcheurs ; les esthéticiennes dont l'action hospitalière a été appréciée seront hors de l'hôpital encore présentes et bien d'autres exemples pourraient être cités.

Lorsque l'hôpital n'est qu'un passage, celui-ci doit être enrichissant, contribuer à relever la personne tout entière. Lorsqu'il ne peut être qu'un long séjour et parfois le dernier séjour, alors le service de gériatrie recrée autour de la personne âgée ce cadre chaud et humain qui associe les soins au confort moral et que seul le cadre d'une famille unie peut habituellement offrir.

En guise de conclusion le schéma de l'organisation gérontologique de Grenoble se passe de longs commentaires, il montre que si nous avons dû distinguer les personnes âgées à domicile des personnes âgées en collectivité ou à l'hôpital pour la clarté de l'exposé, mille liens tissent autour d'elles une toile où il n'y a plus ni ségrégation ni discordance, où les personnes âgées ne sont plus les « bons vieux » auxquels on ne peut faire que l'aumône, mais des citoyens parmi les autres et prenant conscience de l'être.

Organisation gérontologique de Grenoble



Le schéma de l'organisation gérontologique ci-dessus résume les propos des pages précédentes.

Mais aucune action sanitaire ou sociale n'est possible sans action éducative préalable et nous traînons encore avec nous les reliquats d'une mentalité d'assistance, tant dans l'esprit de ceux qui reçoivent que de ceux qui « s'occupent d'eux ».

D'où la nécessité, qui nous est apparue, d'un Centre de Préparation à la Retraite, dont on lira plus loin l'exposé de la motivation et de l'organisation.

Le centre d'examens systématiques des personnes âgées

par Madeleine CAUSSE
Pierre BOUTIN
et Robert HUGONOT

L'équipe d'examens systématiques des personnes âgées.

Le principe même de l'examen systématique n'est pas accepté par tous. Ses résultats, semble-t-il, n'ont pas toujours été à la hauteur des espérances et certains pays habitués au « check-up » ont peu à peu abandonné cette pratique au profit de l'examen orienté.

Si cette attitude nous semble en effet valable quand elle s'adresse à une population médicalement et régulièrement surveillée, il en est tout autrement quand il s'agit d'une population médicalement sous-développée, et celle des hospices en est le type.

Nous ne voulons pas écrire que dans tous les hospices le service médical soit inconsistant ou lacunaire, et nous en connaissons beaucoup où les médecins qui y sont affectés se consacrent à leur tâche bien au-delà de ce que la rémunération parcimonieuse qui leur est attribuée le supposerait. Mais nous en

connaissons aussi beaucoup où le médecin est un médicament rare et où les locaux de soins sont inexistants.

Une politique sanitaire d'ensemble ne peut d'autre part être conçue et réalisée si les besoins sont imparfaitement connus.

Ces diverses données ont présidé à la création depuis le 1er juillet 1967 du Centre d'Examens Systématiques des Personnes Agées du département de l'Isère, dans le cadre du Laboratoire de Recherches Médico-Sociales de l'Association de Recherches de l'Université de Grenoble, avec l'appui financier de la Sécurité Sociale et de l'Aide Sociale.

Le personnel du Centre se compose d'un médecin-directeur plein-temps, de plusieurs étudiants en médecine en fin d'études vacataires, de quatre infirmières examinatrices, retraitées, utilisées à temps partiel, d'une psychologue et de deux secrétaires médicales. Plusieurs spécialistes sont en outre utilisés à titre de consultants.

L'examen médical comprend un questionnaire médico-social comportant 75 questions (dix possibilités de réponse par question), un électrocardiogramme, un examen radiologique pulmonaire (selon le cas radiographie, radiophotographie ou radioscopie), une audiométrie, une mesure de l'acuité visuelle, un examen dentaire, un examen psychologique et divers examens biologiques.

Ces examens biologiques sont soit réalisés par microméthode colorimétrique (bandelettes) : glycémie, sucre et protéines urinaires, soit, depuis le 1er décembre 1967, par la réalisation à l'autoanalyseur de six examens sur un seul prélèvement sanguin : hématocrite, hémoglobine, azotémie, créatinine, glycémie et protéines par densité plasmatique.

Les personnes âgées examinées représentent deux catégories :

1. — *Les personnes âgées en collectivités* auprès desquelles l'équipe d'examens systématiques se rend chaque après-midi depuis le 1er juillet 1967. L'équipe s'installe dans les locaux qui peuvent être mis à sa disposition dans le cadre de la collectivité, parfois larges mais le plus souvent exigus, et peut alors examiner vingt à trente personnes dans la demi-journée.

2. — *Les personnes âgées à domicile* qui peuvent se rendre au Centre, sédentarisé le matin, au rez-de-chaussée d'un foyer-logement de la ville, soit après regroupement dans les clubs de retraités ou foyers de l'agglomération, soit individuellement sans convocation particulière le jour de leur anniversaire (la veille ou le lendemain) afin d'étaler les examens toute l'année.

Les résultats de cet examen sont transcrits sur trois fiches : un exemplaire est conservé par le Centre, un autre est adressé au médecin traitant (médecin praticien privé ou médecin de la collectivité), le troisième étant adressé au Médecin Conseil Chef de la Caisse Primaire de Sécurité Sociale dont dépend l'intéressé.

Ce questionnaire est ensuite retranscrit sur des fiches programmées qui sont analysées par l'Institut de Mathématiques Appliquées de la Faculté des Sciences (Laboratoire d'informatique).

Les 2 000 premiers examens réalisés entre le 1er juillet et le 12 décembre 1967 ont fait l'objet d'un premier travail de thèse qui analyse les difficultés d'établissement des questionnaires, les difficultés de réalisation de l'examen, ainsi que les résultats d'un premier dépouillement.

L'institut d'esthétique des personnes âgées

par R. HUGONOT

Redonner à chacun le goût de soi-même est un moteur très puissant pour faciliter le retour dans la vie quand la maladie ou une perte progressive de l'autonomie vous en ont éloigné.

Depuis 1960 des « cabines de beauté » (*) confiées à des esthéticiennes ont été réalisées dans divers hôpitaux psychiatriques. Madame Lascar fut à l'Hôpital du Vinatier de Lyon la première, plusieurs hôpitaux psychiatriques de France ont ensuite adopté cette formule, qui semble se généraliser.

Or très souvent le « syndrome de glissement » de la personne âgée tend à prendre un masque schizoïde et, sans aller jusqu'aux extrêmes, le repliement sur soi s'accompagne du désintérêt progressif de soi-même.

L'hôpital nous offre en général un coiffeur pour hommes. Pour les femmes, ce sont nos infirmières qui doivent s'occuper des cheveux et des ongles de celles qui ne peuvent s'y consacrer elles-mêmes. Cette tâche doit être prise sur un temps déjà trop écartelé en de multiples obligations, c'est dire qu'elle ne peut être le plus souvent qu'épisodique et ne peut contribuer qu'à maintenir le minimum indispensable.

Nous avons voulu aller plus loin, et depuis le 1er octobre 1967, un petit institut d'esthétique groupant esthéticienne-manucure (plein temps) et pédicure (temps partiel), s'est installé dans le cadre de notre service de médecine générale gériatrique.

En fort peu de temps les résultats ont dépassé nos espérances tant en ce qui concerne l'accueil qui fut fait à cette initiative que l'amélioration qui en résulte.

Certaines personnes âgées qui depuis de longs mois, voire des années, s'étaient détachées de leur entourage et que les activités que nous proposions rebutaient, ont retrouvé entre les mains de l'esthéticienne le goût de leurs semblables au travers d'elles-mêmes, et ont accepté alors l'ergothérapie en chambre ou en salle qui leur était offerte.

L'amélioration ainsi obtenue a déjà permis la sortie de l'hôpital de plusieurs, et, afin qu'elles trouvent au dehors ce que nous leur offrons à l'hôpital, une seconde esthéticienne-manucure a été engagée (également à plein temps) depuis le 1er janvier qui « officie » dans les résidences et clubs de retraités de la ville.

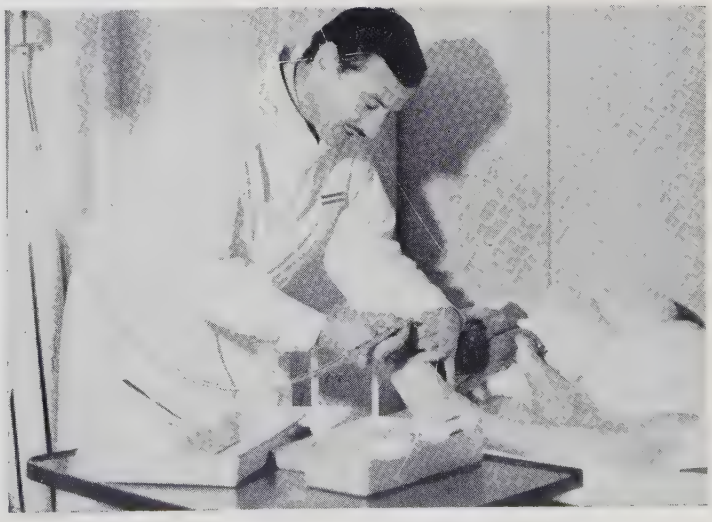
(*) Service « Soins de Beauté » dans tous les hôpitaux psychiatriques de France, par Germaine Pérel. *Les Nouvelles Esthétiques*, novembre 1967.

A l'Institut d'esthétique des personnes âgées, a lutte anti-rides.

En complément de la kinésithérapie : la séance de gymnastique collective.

Soins du visage : brumisation.

Pédicurie



Le centre de préparation à la retraite

par Michel PHILIBERT

Un Centre de Préparation à la Retraite fonctionne à Grenoble depuis janvier 1967. Le Dr Hugonot et moi l'avons conçu et élaboré au cours de l'année 1966, dans le cadre favorable du groupe d'études des problèmes des personnes âgées.

Une série de circulaires, de visites personnelles, de conférences publiques, à l'automne, en a préparé le lancement.

L'opération a bénéficié du concours actif de plusieurs associations, parmi lesquelles les Unions de Quartier et la Caisse Interprofessionnelle de Retraite des Alpes qui au vu des résultats de la première année subventionne généreusement le Centre pour sa campagne 68.

Quatre sessions, dont la formule sera décrite plus bas, ont été organisées de janvier à juin 1967 dans quatre quartiers différents de la ville.

A la rentrée de l'automne 1967 une journée d'étude a rassemblé une cinquantaine de personnes dont la plupart envisagent de participer comme hôtes d'accueil, animateurs ou experts aux séries d'entretiens de l'année 1968. Le Centre a fixé son siège social à l'Office Grenoblois des Personnes Agées et s'est rattaché au Laboratoire de recherches médico-sociales de l'Association pour le développement de la recherche auprès de l'Université de Grenoble.

A l'origine de cette expérience on trouve un exemple et une conviction. L'exemple vient des Etats-Unis. Depuis quelques années déjà des programmes de préparation à la retraite y font l'objet d'expériences pratiques et d'analyses critiques. L'examen de la littérature spécialisée (1) et l'observation sur le terrain d'un cours conçu et dirigé par Woodrow Hunter, attaché à la Division de Gérontologie de l'Université du Michigan (2), nous persuadèrent que la mise à la retraite pose en France des problèmes analogues à ceux auxquels s'attaquent ces initiatives américaines, il valait la peine, en les adaptant à nos conditions particulières, de les transplanter sur notre sol.

La conviction qui soutient notre tentative s'analyse ainsi :

a) La mise à la retraite à âge chronologique fixe détermine dans la vie des sujets qu'elle affecte un des *changements* les plus radicaux qu'ils aient jamais vécus : elle les atteint de surcroît à un âge où dans notre société en tous cas leurs facultés d'adaptation sont souvent amoindries : l'entrée en retraite par conséquent est souvent vécue comme une *crise* qui éprouve les

---

(1) Celle-ci inclut entre autres :

H. M. Brunot. — *Old Age in New-York City,* Welfare and Health Council, New-York, 1944.
W. W. Hunter, H. Maurice. — *Older People tell their Story,* Univ. of Michigan Press, Ann Arbor, 1953.
G. Mathiasen ed. — *Criteria for Retirement.* Putnam's sons, New-York, 1953.
E. A. Friedmann, R. J. Havighurst. — *The Meanning of Work and Retirement,* Chicago Univ. P., 1954.
G. B. Hurff ed. — *Economic Problems of Retirement,* Univ. of Flovida, P, Sainescille, 1954.
W. Donahue. — *Education for Later Maturity,* Morrow, New-York, 1955.
B. Kutner et al. — *Five Hundred over sixty,* Russel Sage Foundation, New-York, 1956.
J. J. Corson, J. W. Mc Connell. — *Economic needs of older People,* the XXth Century Fund, New-York, 1956.
W. Donahue, W. W. Hunter, D. H. Coons, H. K. Maurice. — *Free Time, Challenge to later Maturity,* the Univ. of Michigan P., Ann Arbor, 1958.
E. H. Moore. — *The Nature of Retirement,* Mac Millan, New-York, 1959.
M. Kaplan. — *Leisure in America,* J. Wiley, New-York, 1960.
E. W. Burgess. — *Retirement villages.* The University of Michigan, Ann Arbor, 1961.
R. W. Kleemeier ed. — *Aging and Leisure,* Oxford Univ. P., New-York, 1961.
M. L. Barron. — *The Aging American,* Crowell, New-York, 1961, cap. 5 et 6.
H. L. Orbach, C. Tibbitts eds. — *Aging and the Economy,* Univ. of Michigan P., Ann Arbor, 1963.

(2) Cf. Woodrow W. Hunter, « Background Considerations for Research Planning in Preretirement Education », prepared for the National Institute of Labor Education, Conference, Ann Arbor, May 1962, mimeo. ; 60 pages, Division of gerontology, University of Michigan ; 10 Preparation for Retirement Booklets, developed as part of a research project in preretirement education conducted by the Division of Gerontology, Ann Arbor mimeo., 6 à 12 pages chacun, 1964 ; The University of Michigan Preparation for Retirement Program, *When Tomorrow becomes today,* a collection of short stories about Retired People, Division of Gerontology, Ann Arbor, mimeo., 1962 ; brochure-programme « Preparation for Retirement » conducted by W. Hunter at Flint College, octobre-novembre 1964 : A Retirement Readiness Cheklist, mimeo., 1964.

ouveaux retraités dans leur moral et dans leur santé même : un rélèvement gnificatif des taux de morbidité et de mortalité dans l'année qui suit la essation du travail souligne, on le sait, la gravité de cette crise.

C'est qu'en quittant son travail l'individu passe brusquement, sans transition une vie remplie et soutenue par des contraintes extérieures et des responsalités sociales à une vie dans laquelle pour la première fois depuis sa naisnce il est seul maître de l'emploi de son temps. L'expérience montre que il a pu souvent l'envier, il n'est pas pour autant toujours prêt à assumer ette liberté nouvelle. L'oisiveté lui apporte sinon toujours le vice et le besoin, u moins souvent la gêne et l'ennui. Avec son travail le sujet ne perd pas eulement le contenu et le cadre de ses journées, mais l'un des supports de on identité personnelle et de sa propre estime, la source principale souvent, arfois unique, de ses relations avec les autres (collègues ou confrères, ients, supérieurs, subordonnés, rivaux, concurrents,...), son gagne-pain et une des garanties de son indépendance. Cela fait beaucoup à la fois.

En outre la suppression de l'activité professionnelle succèdera pour beauoup au moment qui aura déjà marqué dans leur vie par la quasi-disparition e leurs responsabilités parentales ; elle s'accompagnera pour plusieurs d'un nangement de résidence susceptible d'accroître leur isolement social et d'agraver leurs difficultés d'adaptation : le veuvage, l'infirmité, la maladie, peuent encore lui faire cortège et joindre leurs coups à ceux que l'ennui, la gêne, solitude, la déchéance, la honte et l'angoisse assènent à beaucoup de retraiés.

Centrée souvent sur la recherche de la puissance ou du gain, presque toujours ur un travail spécialisé unique, exclusif, accaparant, parfois routinier et méanique, la vie de l'adulte dans le cadre de notre société n'a pas exercé et ntretenu en lui comme elle l'a fait chez le sauvage, chez le pasteur, chez e paysan, l'artisan ou l'artiste, l'ensemble de ses facultés physiques, intellectuelles et morales, la multiplicité de ses intérêts et l'habitude, si l'on ose ire, de se renouveler et de se dépasser. Remplie, formée, déformée par le ravail, la fin brutale du travail mutile et dévaste sa vie.

b) Il est possible, si l'on s'y prépare, de mieux s'adapter au changement, e surmonter la crise. Cette préparation consiste soit dans la prévision des roblèmes spécifiques du changement anticipé, et l'acquisition ou l'épargne es ressources matérielles ou morales qui en faciliteront la solution ; soit de açon plus générale dans le maintien, la mise au point ou la reconquête d'un tyle de vie qui cultivant les intérêts et les facultés du sujet lui facilite épreuve des changements mêmes qu'il n'aura pas expressément prévus et réparés. Mais on l'a dit, le genre de vie que la civilisation industrielle mpose à beaucoup de nos contemporains ne leur facilite guère cette culture e soi.

Des espérances illusoires et des craintes qui contribuent à produire leur bjet faussent souvent dans un sens ou l'autre l'anticipation que le sujet fait e sa retraite future. La complication croissante des lois et règlements, la ispersion des informations, conduisent de trop nombreux travailleurs, avec eur propre manque d'imagination ou de courage, à aborder en aveugles la ernière étape de leur vie.

c) Aider les gens à préparer leur retraite, éveiller d'abord leur esprit à importance de cette préparation, leur en suggérer les voies et moyens, leur n inspirer la volonté, voilà qui dans la perspective des considérations précéentes apparaît comme un service à rendre aux personnes qui avancent en ge, et plus largement comme un service d'intérêt civique et social. Car la érénité morale, la vigueur intellectuelle et le rayonnement spirituel des

personnes âgées, que leur préparation à la retraite peut, avec la santé, contribuer à maintenir et à promouvoir chez elles, nous semblent nécessaires à la santé sociale de la nation ou de la cité comme à l'épanouissement des plus jeunes (3).

d) La préparation à la retraite, constitue une entreprise qui pour les raisons exposées ci-dessus doit être proposée du dehors à la plupart des travailleurs. Mais il n'est ni possible ni souhaitable de la leur imposer, ou de l'accomplir aux lieu et place de chacun. Extérieure à eux dans son initiative et par un certain nombre de ses données, la préparation à la retraite doit faire l'objet d'un enseignement. S'adressant à des adultes dont chacun se trouve dans des circonstances que son caractère, l'histoire de sa vie, lui rendent singulières, cet enseignement ne peut être la transmission d'un savoir général et passe-partout ; s'adressant à des adultes qui sont responsables de leur présent et de leur avenir, qui ont une expérience personnelle, cet enseignement ne peut leur être déversé comme à des enfants dont on suppose l'esprit vide, l'expérience négligeable, et que l'on maintient par contrainte en état de réceptivité ou de passivité (4).

Pour toutes ces raisons et quelques autres le programme proposé par le Centre de Préparation à la retraite de Grenoble se présente sous la forme *d entretiens par groupes*. Un bref exposé introduit chacun de ces entretiens, qui se succèdent à raison d'un par semaine pendant six semaines (5). Le nombre des membres du groupe est limité à une vingtaine de façon que chacun puisse y prendre une part active. L'entretien vise moins en effet à communiquer un savoir qu'à faciliter une prise de conscience et un partage d'expériences. En exprimant ses difficultés, ses anticipations et ses projets, chacun les connaît et les juge mieux, prend à l'égard de ses problèmes le recul qui l'aidera à les mieux poser, à les mieux résoudre. En entendant les autres faire part à leur tour de leur situation, chacun voit mieux le caractère général de difficultés dont il se croyait seul accablé, ou la chance relative que lui assure la possession enviable de certains atouts dont il méconnaissait la valeur : et dans les deux cas, reprend courage. Chacun reçoit encore de l'exemple des autres, et du commentaire qui en éclaire la signification, quelques suggestions ou stimulations. L'entretien ranime ainsi des intérêts intellectuels ; leur sujet, leur ton même créent en outre un esprit de sympathie collective, où s'ébauchent des camaraderies, des amitiés parfois, que certains

---

(3) Voir dans le même sens Maurice E. LINDEN, « The Relationship betwen social Attitudes toword Aging and Delinquancies of Youth », *Book of Abstracts, First Pan. American Congress of Gerontology,* Mexico City, 1956 ». Ce n'est sans doute pas en vertu de circonstances purement fortuites que les pays où le taux de la délinquance juvénile est faible, se révèlent en même temps ceux dont l'atmosphère culturelle prédominante favorise, à l'égard du vieillissement et des vieux, une attitude d'acceptation. Il apparaît que la vénération des aînés et la délinquance juvénile varient en raison inverse l'une de l'autre... il y a une inquiétante possibilité de danger social sérieux et une menace pour les enfants dans une situation sociale où les vieux se trouvent dévalués ».

Voir aussi E. H. ERIKSON, « Human Strength and the cycle of generations », in *Insight and Responsability*. Norton, New-York, 1964.

(4) Voir PHILIBERT, « Principes d'une réponse de notre enseignement, tirés d'une réflexion sur les âges de la vie et l'emploi du temps », in ESPRIT, mai-juin 1964, *Faire l'Université* ; « Incidences de la masse croissante des connaissances sur les structures de l'Université et les programmes d'étude » in *Mission permanente et tâches nouvelles de l'Université,* C. R. de la conférence de l'A.U.P.E.L.F., Liège, 1966.

(5) Premier entretien : Les différents aspects de la retraite ; 2e situation matérielle, ressources, dépenses, travail à temps partiel ; 3e : Problèmes de logement et de famille, 4e : Problèmes juridiques ; 5e : Problèmes de santé, 6e : Loisirs, culture et vie sociale des Retraités. Mme VOISIN, Me MOUY, Mlles MOLLARD et ROCHAS nous ont apporté le concours de leur expérience et de leur dévouement. Les entretiens ont lieu de 19 à 21 h., coupés d'une légère collation. Un 7e entretien facultatif sera proposé en 1968 sur les problèmes de vie spirituelle.

souhaiteront prolonger au delà du terme des réunions prévues. La présence d'animateurs et d'experts du sujet mis au centre de chaque entretien permet de l'orienter, de redresser des préjugés, de répondre à des questions, d'éclairer l'apport des uns et des autres par l'évocation des notions, des analyses, des sources propres à en préciser ou en enrichir la signification.

Cette brève présentation nous permet pour conclure de situer le Centre de Préparation à la Retraite dans le tableau d'ensemble de l'action gérontologique à Grenoble, en rappelant les principes généraux dont celle-ci s'inspire. Nous les résumerons ainsi :

Du travail à l'oisiveté, de leur domicile à la maison de retraite ou à l'hospice, de ces institutions à l'hôpital et de celui-ci au cimetière, le chemin pour beaucoup de personnes âgées est irréversible, et leur sénilisation souvent d'autant plus accusée et moins rattrapable qu'ils franchissent plus rapidement les étapes de ce chemin. L'absence de liaisons entre les œuvres et institutions qui s'occupent, celles-ci du travailleur, celles-là du retraité, celles-ci du vieillard à domicile, celles-là du vieillard placé en collectivité, d'autres encore du vieillard à l'hôpital, ainsi que la multiplicité non coordonnée des services qui traitent des problèmes de revenus, des problèmes de santé, des problèmes de logement, des problèmes juridiques, et autres, constituent pour les sujets une source de complications toujours, de confusion parfois, et contribuent à déterminer le caractère irréversible de leur cheminement.

Ralentir le franchissement du parcours, retarder l'abord des étapes dernières, exploiter au mieux les possibilités de récupération et de restauration des sujets, assigner pour but à l'effort médical, au-delà de la guérison des malades, leur réinsertion dans la société, bref déterminer et créer les conditions de la réversibilité du parcours, telles sont les fins que le D[r] Hugonot assigne à l'action gérontologique ; telles sont les fins que les élus municipaux ont accepté de faire leurs, que les praticiens locaux poursuivent avec l'élan nouveau que leur donne leur regroupement et qu'ensemble nous cherchons de jour en jour à préciser davantage et à formuler plus justement.

Les moyens de ces fins, nous pouvons ainsi les résumer : articuler les unes aux autres les activités diverses qui visent à satisfaire les divers besoins des personnes âgées, donc coordonner les œuvres et services qui les assurent : créer entre les animateurs responsables des diverses activités un réseau d'échanges et de liens personnels qui les enrichisse et les stimule les uns par les autres, qui facilite aussi aux usagers l'accès des services et la circulation de l'un à l'autre ; relancer sans cesse l'esprit d'initiative et de collaboration et de la recherche interdisciplinaire ; éveiller enfin ou entretenir, restaurer ou promouvoir, chez les personnes âgées, le sens de l'initiative, de l'exercice, de l'étude et de la responsabilité, chercher moins en somme à les aider qu'à les mettre en mesure de s'aider elles-mêmes et d'aider les autres.

Si comme on l'a vu le *groupe d'étude des problèmes des personnes âgées* demeure pour les responsables de l'action sociale et de la politique locale de la vieillesse le foyer d'inscription, de réflexion, de critique et en un mot d'éducation mutuelle, le *Centre de Préparation à la Retraite,* doit devenir de son côté, pour les personnes âgées elles-mêmes, un centre d'inspiration et pareillement d'éducation mutuelle. Elle doit faire d'elles non seulement des consommateurs plus éclairés des biens et services mis à leur disposition, mais les collaborateurs actifs, dans le secteur de leur choix et de leur compétence, d'une entreprise multiforme, mais organisée, et que nous voulons mener non seulement *pour* les personnes âgées, mais *avec* elles pour le bien de tous.

Extrait de « Grenoble au Service des Personnes âgées », Guide 1968

Foyers et clubs

La Résidence des Alpins.

A. — FOYERS

Le foyer où vous avez déjeuné est ouvert de 10 à 18 h. et vous pouvez y trouver de quoi vous distraire ou vous reposer, ou encore participer à des activités diverses.

Les foyers et clubs privés vous offrent :

— FOYER DES ALPINS

2, rue Lieutenant-Chabal
Directrice : Mademoiselle Girard.

Activités : Initiation à la vannerie. — Visite du Centre Social des Alpins en vue d'une participation aux activités de ce centre. — Participation aux activités de la bibliothèque municipale du quartier. — Animation théâtre-poésie par un groupe d'étudiants du quartier et accueil de ces étudiants par les personnes âgées. — Télévision. — Jeux. — Boules.
En formation : groupe de travaux manuels (tricots, crochet et autres).

— FOYER BOUCHAYER

72, rue Joseph-Bouchayer
Responsable : Madame Lambert.
Ouvert de 14 h. à 18 h., sauf samedi et dimanche.

Activités : Projection de films. — Jeux. — Cartes. — Boules. — Lecture. — Audition de disques. — Séances récréatives. — Télévision.

— FOYER MONTESQUIEU

Résidence Montesquieu, 1, rue Montesquieu
Directrice : Mademoiselle Bouffard.
Jour du Club : vendredi de 15 à 18 h.

Activités : Travaux manuels (crochet, fabrication de poupées - bricolage pour les hommes). — Lecture animée par une personne bénévole. — Projection de films. — Audition de disques. — Participation aux activités de la Maison des Jeunes de la Capuche. — Jeux. — Cartes. — Boules.

— FOYER PINAL

2, rue Pinal
Responsable : Madame Brazier.
Ouvert tous les jours de 14 à 18 h., sauf le dimanche.

Activités : Travaux manuels [crochet, tricot, broderie (exposition annuelle des travaux exécutés dans ce foyer)]. — Radio-Télévision. — Lecture. — Projection de diapositives. — Jeux. — Concours de belote. — Séances récréatives.

La Résidence des Alpins : le hall d'entrée et le coin cuisine.

A la Résidence Montesquieu l'on peut apporter son propre mobilier.

B. — CLUBS PRIVES

— CLUB DE L'AIGLE

30, rue Général-Rambaud
Ouvert le samedi de 15 h. 30 à 18 h. 30.

Activités en voie de développement.

— CLUB RAVIER PIQUET

Maison des Jeunes de l'Ile Verte, rue de la Magnannerie
Responsable : Madame Laffon.
Ouvert le mercredi de 15 à 18 h.

Activités : Jeux. — Sorties. — Projection de films.

— CLUB EMILE ROMANET

Foyer de Jeunes Travailleurs
51, rue Abbé-Grégoire.
Responsables : Monsieur Lapierre et Madame Marchani.
Ouvert le mercredi à 14 h.

Activités : Travaux manuels. — Projection de films et de diapositives. — Jeux. — Lecture. — Sorties.

— CLUB SAINT BRUNO

20, place Saint-Bruno.
Responsable : Mademoiselle Feutrier.
Ouvert le mardi et vendredi de 14 à 17 h.

Activités en voie de développement.

— CLUB 1900 TEYSSEIRE

144, rue Léon-Jouhaux.
Responsables : Mesdames Blanc et Gresleu.
Ouvert le mercredi et vendredi de 15 à 18 h.

Activités : Lecture. — Jeux. — Sorties à l'extérieur. — Visites diverses organisées par le Centre Social.

— CLUB MONSIEUR VINCENT

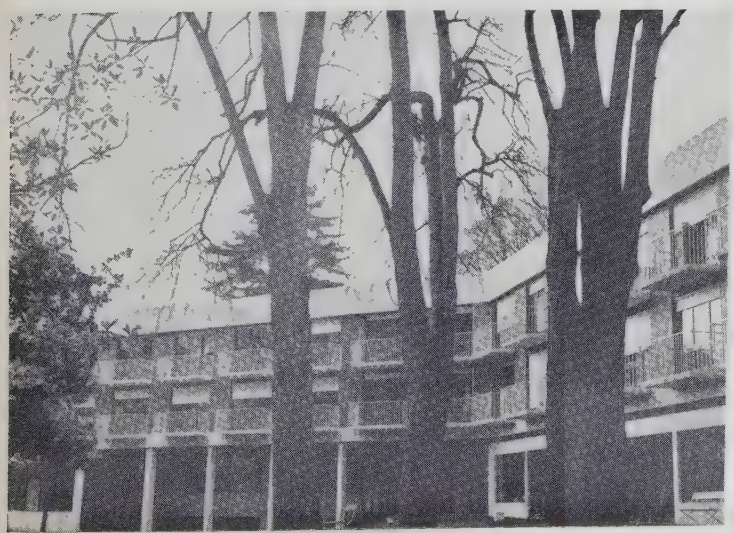
8, place Lavalette
Responsables : Monsieur Reymond assisté de Mesdames Langevin et Tanis.
Ouvert le samedi de 15 à 18 h.

Activités : Projection de films. — Danses folkloriques, chants. — Guitare par des jeunes des Maisons de Jeunes ou autres. — Musique. — Poésie. — Concours de belote. — Visites du quartier Saint-Laurent.

— CLUB LIONNEL TERRAY

Maison des Jeunes, 4, quai des Allobroges.
Responsables : Monsieur et Madame Rey.
Ouvert le samedi de 15 à 19 h. et en outre deux dimanches par mois en hiver, un dimanche par mois en été.

Résidence de Fontanil.



Résidence Montesquieu.

Résidence Montesquieu.

La rampe lumineuse, intérieur de la Résidence des Alpins.

Participation : 1 F. par mois + 3 F. d'assurance.

Activités : Participation aux activités de la M. J. (poterie, bibliothèque, couture, photo). — Jeux. — Boules. — Projection de films.

En projet : échange avec les jeunes de Villiers-Morgon : Camping. — Fêtes du Club avec essai de théâtre. — Réveillon du jour de l'an. — Fête des rois. — Concours de pêche. — Journal.

— CLUB DES RETRAITÉS DE LA SECTION DE L'ISÈRE DE LA M.G.E.N.

3, rue Félix-Poulat.
Ouvert le mardi, mercredi, jeudi, samedi de 14 à 19 h.

La section « Culture-Loisirs » de l'O.G.P.A. met à la disposition de tous les clubs ou foyers :

ACTUELLEMENT :

— Un groupe « marche » qui reprendra ses sorties au printemps. Les mieux entraînés peuvent également s'inscrire au groupe pédestre du Touring-Club (responsable Monsieur Baures, chemin du Renevier, La Tronche).

— Une information avec diapositives sur le travail du Comité de Sauvegarde du « Vieux Grenoble ».

— Des visites du « Nouveau Grenoble ».

— Une participation des personnes âgées aux manifestations des J.O.

— Une information en vue d'une participation à la vie de la Maison de la Culture.

— Une possibilité de tarifs réduits dans certaines salles de cinéma et pour certains spectacles dont « Connaissance du Monde ».

— Des stages d'initiation à des travaux manuels.

— Des voyages d'études en France et à l'étranger.

— Une documentation sur des stages ou des cours organisés par différents organismes.

DANS LES MOIS A VENIR :

— Une participation aux ciné-clubs de la ville.

— Un journal d'information et d'expression inter-clubs.

— Une possibilité de participation à la vie des quartiers.

— Des stages de formation et d'information pour le personnel des résidences et des foyers, les animateurs bénévoles et les membres des unions de quartiers.

— Des adresses de personnes spécialisées dans certaines techniques et susceptibles d'apporter une collaboration aux clubs : travaux manuels, films, diapositives, musique.

— Une aide pour l'organisation de sorties annuelles, d'expositions de travaux.

— Des visites d'usines, de musées, d'expositions, etc...

— Conférences sur la circulation du piéton en ville, sur la diététique.

— Des sessions de formation d'animateurs de travaux manuels.

Le Rembrandt de la National Gallery de Londres.

(Photo Giraudon)

Le groupe de marche des personnes âgées (groupe pédestre du T.C.F. de Grenoble)

présenté par
R. HUGONOT

sur un canevas
du Président de ce groupe

En 1961, un retraité grenoblois, soucieux d'échapper à l'inaction, prenait l'habitude de partir une fois par semaine, sac au dos, en randonnée montagnarde.

Il eut d'abord une compagne, comme lui retraitée, qui, dans sa jeunesse avait battu les sentiers et gravi les sommets du Dauphiné.

Le dimanche appartenant à la famille, le mercredi fut adopté comme jour de sortie... et ainsi s'est créé et peu à peu développé le groupe pédestre du T.C.F. qui compte aujourd'hui 160 adhérents.

La doyenne avait 82 ans... une invalidité est survenue qui ne lui permet plus depuis quelques mois de participer à ces sorties... le doyen d'âge actuel a 85 ans.

Si les messieurs sont des retraités, les dames qui représentent les 2/3 des participants, sont souvent beaucoup plus jeunes et je pense que le charme de leurs compagnes (encore l'effet bénéfique des mélanges d'âge !) est pour les messieurs un stimulant psychologique non négligeable.

Les sorties ont lieu chaque semaine hiver comme été, quelle que soit la froidure, qu'il pleuve, qu'il neige ou qu'il vente.

Lorsque les randonnées présentent des difficultés les participants sont divisés en deux ou trois groupes : a) les durs ; b) les tièdes ; c) les autres.

Un autocar conduit en général les participants à pied d'œuvre.

Un extrait de l'album photographique du groupe de marche des personnes âgées. A l'extrême droite : la doyenne, 82 ans.

L'auteur de ces lignes s'est joint, un mercredi d'automne ensoleillé, à l'une de ces sorties, mille mètres de dénivelé au-dessus d'Allevard... à l'arrivée son pouls « tapait le 120 », celui du doyen 80 !

Les grenoblois, placés au carrefour de trois merveilleux massifs montagneux (Chartreuse, Vercors, Belledonne) n'ont que l'embarras du choix pour établir de beaux programmes de courses.

Ce groupe a déjà notamment effectué :

— en Chartreuse et dans les Bauges : les Lances de Malissard (2 045 m), le Lorzier (1 824 m), la Belle Etoile (1 840 m) ;

— dans le Vercors : la traversée nord-sud du plateau (en deux jours), l'approche du Mont-Aiguille ;

— en Belledonne : la Croix de Belledonne (2 913 m), le Lac Blanc de Freydane (2 171 m), etc... et bien d'autres courses plus lointaines : tour du Massif du Mont-Blanc par exemple (en huit jours).

Sans doute certains apaisent-ils ainsi la nostalgie du temps où ils accomplissaient des exploits plus éclatants. Mais pour la majorité, c'est l'hygiène physique et morale du groupe qui compte avant tout. A l'attrait des beaux sîtes, à la satisfaction d'avoir été encore capable de vaincre des difficultés, s'ajoute le plaisir de l'esprit de franche camaraderie, d'amitié qui anime tous les membres du groupe, quel que soit leur âge et leur condition sociale, créant une excellente solidarité dans les bons comme dans les mauvais jours.

★

La section culture-loisirs de l'O.G.P.A. a de son côté réuni un groupe de « promeneurs » sur le plat et semi-altitude, qui peut être considéré par certains comme une initiation à la marche, ou l'antichambre du groupe précédent.

Ouverture vers l'organisation gérontologique départementale

par R. HUGONOT

Le vieillard dans le quartier, le quartier dans la ville, la ville dans la région, ne peuvent rester isolés, tout se tient et notre action citadine serait incomplète si nous ignorions que le vieillard rural vit à nos portes un autre drame.

Souvent, sa famille l'entoure et il termine sa vie au milieu des siens, travaillant parfois dur jusqu'aux limites extrêmes, mais honoré et respecté, il est soigné le plus souvent chez lui et meurt dans son lit, comme ses parents moururent avant lui.

Mais pour le vieillard sans enfants, célibataire ou veuf, alors l'isolement est plus précoce, et l'absence quasi totale de « services » extérieurs rend le départ en hospice fréquent et rapide.

Les voisins ont prévenu la Municipalité qui a pris la décision de ce départ.

Le célibataire rural représente le prototype du pensionnaire d'hospice. L'hospice est parfois proche, mais 20 ou 30 kilomètres suffisent au déracinement et le vieillard a tout quitté pour tomber dans un milieu qui le regroupe avec les « déchets sociaux » que l'hospice a déjà recueilli : « idiots de villages », convalescents des hôpitaux psychiatriques, asociaux ivrognes et bagarreurs.

Loin de la grande cité, pas d'animation possible, c'est désormais l'éloignement de tout, le bout du monde, parfois la fosse aux ours, où le vieillard se sénilise dans des tâches subalternes ou dans l'oisiveté la plus totale.

D'un voyage en Scandinavie, nous avons ramené le ravissement de ces maisonnettes coquettes et fleuries qui, dans chaque village, réunissent les vieux tout près des amis, des bois et des champs de leur vie de jeune et d'adulte.

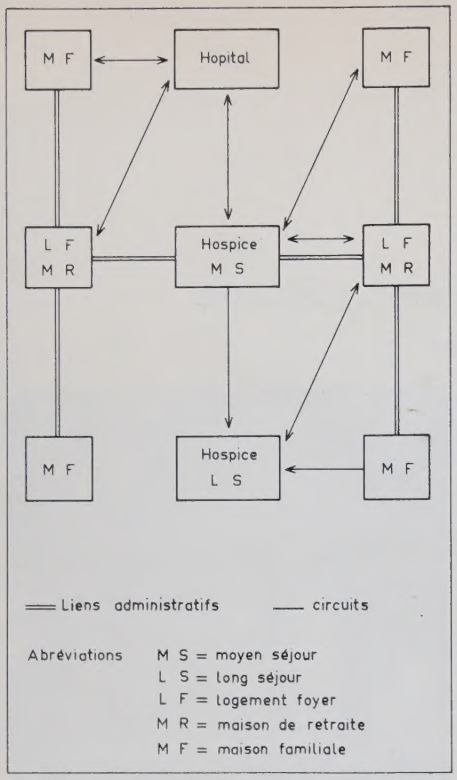
Nous en avions ramené aussi le bonheur de leurs habitants, car là les vieux sont mieux que les autres ; de tous les habitants du village, ce sont les plus confortablement logés, les mieux entourés, les plus choyés... et que cela soit ainsi, c'est l'orgueil du village, comme c'est ailleurs celui des bourgs et des villes, de posséder les plus belles maisons de retraite et l'organisation sociale la mieux tissée.

Mais ceci se passe dans des pays où l'objectif social est un des premiers, sinon le premier.

Dans notre pays, nous n'estimons pas que toutes les structures soient bonnes, mais notre objectif premier n'est pas revendicatif, et il convient sans doute avant tout de s'adapter aux structures actuelles et d'agir dans leur cadre.

Ce cadre est étroit : d'un côté la « maison de retraite », avec ses normes imposées par les services ministériels, sans doute destinées à éviter l'anarchie mais freinant indiscutablement tout élan, de l'autre la formule dite de « placement familial » mais dont le prix de journée ne peut dépasser le prix de journée en hospice le plus bas du département (pour l'Isère, 10 F)... entre les deux, un grand nombre de « pensions de famille pour personnes âgées » sur lesquelles les services sanitaires et sociaux départementaux n'ont aucun droit de regard.

Un exemple de maison familiale rurale de personnes âgées.



La formule de « maisons familiales rurales de personnes âgées » qui, à titre expérimental, se mettra prochainement en place dans le département, devrait répondre à cette lacune.

Réunissant dans leur village des personnes âgées isolées, par groupes de dix, dans une maison bourgeoise « retapée », sous la direction d'une infirmière-gérante, elle-même retraitée, avec une personnel réduit, sous le contrôle des organismes sanitaires et sociaux départementaux, la « maison familiale rurale de personnes âgées » ou « maison des vieux du village » s'intègre dans l'organisation gérontologique cantonale.

L'hospice du canton devient en effet, à côté de l'hôpital rural, le centre gériatrique de demain : il devra disposer d'un secteur de chroniques-rééducation et réadaptation, dit de « moyen-séjour » (*) et d'un secteur d'invalides ou grabataires, dit de « long-séjour ».

Le Directeur de cet hospice devrait être le gérant de cet ensemble gérontologique cantonal : les logements-foyers ou les maisons de retraite dans les villes et les bourgs, les maisons familiales dans les villages. Il en aura ainsi une vue plus exacte, plus homogène et pourra veiller à leur meilleure articulation.

Comme dans les villes, l'hôpital n'est plus qu'un passage si le médecin hospitalier ne redoute plus le retour au domicile où la continuité des soins est assurée.

L'organisation gérontologique de la grande cité voisine (ergothérapie, esthétique, culture, loisirs) se projettera également plus aisément dans une structure aux liens étroits.

Si nos efforts dans ce sens n'en sont qu'à leur début, ils nous ont déjà appris qu'il était possible d'englober dans un même moule, et de réunir dans une même pensée des citadins et des ruraux, qui ont le souci de bien vieillir.

Si le citadin s'est réfugié dans une retraite campagnarde, soit isolément, soit dans une formule type village-retraite ou unité-retraite, nous lui proposons aussi de se rattacher à ce lien, et d'inclure la maison rurale dans le cercle de ses préoccupations et occupations... peu nombreux sont encore ceux qui comprennent que ce peut être pour eux la source d'un enrichissement en donnant d'eux-mêmes, là aussi l'état d'esprit peu à peu se pliera à un nouvel état d'être, peu à peu chacun comprendra que la jeunesse réside dans ces quelques mots du Général Mac-Arthur que tout gérontologue aimerait avoir écrits :

« On ne devient pas vieux pour avoir vécu un certain nombre d'années, on devient vieux parce qu'on a déserté son idéal. Les années rident la peau, renoncer à son idéal ride l'âme. Les préoccupations, les doutes, les craintes et les désespoirs sont les ennemis qui lentement nous font pencher vers la terre et devenir poussière avant la mort.

» Jeune est celui qui s'étonne et s'émerveille. Il demande, comme l'enfant insatiable : et après ? Il défie les événements, et trouve de la joie au jeu de la vie.

» Vous êtes aussi jeune que votre foi. Aussi vieux que votre doute. Aussi jeune que votre confiance en vous-même. Aussi jeune que votre espoir. Aussi vieux que votre abattement.

» Vous resterez jeune tant que vous resterez réceptif. Réceptif à ce qui est beau, bon et grand. Réceptif aux messages de la nature, de l'homme et de l'infini.

» Si un jour, votre cœur allait être mordu par le pessimisme et rongé par le cynisme, puisse Dieu avoir pitié de votre âme de vieillard. »

(*) Selon la classification du Docteur M. CHARBONNEAU.